

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ψυχική και σωματική υγεία, καθώς και ποιότητα ζωής Ελλήνων, Αλβανών μεταναστών και Ποντίων παλινοστούντων

ΣΚΟΠΟΣ Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων γηγενών, μεταναστών από την Αλβανία και παλινοστούντων από την πρώην Σοβιετική Ένωση σχετικά με την ποιότητα ζωής, και η σχέση τους με τη γενική σωματική και ψυχική υγεία. Η έρευνα αναφορικά με τη σωματική και την ψυχική υγεία, καθώς και την ποιότητα ζωής, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή της υγείας των γηγενών και των μεταναστών, προσεγγίζοντάς την ως μια ολότητα, όπου η σωματική, η διανοητική και η συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση με το φυσικό και το κοινωνικό του περιβάλλον. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στην έρευνα συμμετείχαν 303 (58,3%) Έλληνες, 114 (21,9%) μετανάστες από την Αλβανία και 103 (19,8%) Πόντιοι παλινοστούντες. Από αυτούς, οι 257 (49,4%) ήταν άνδρες και οι 263 (50,6%) γυναίκες, με μέση ηλικία 36,3 έτη και εύρος κυμαινόμενο στα 18–64 έτη. Η έννοια της γενικής υγείας αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο εκτιμά το επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού. Η έννοια της ποιότητας ζωής εξετάστηκε με το ερωτηματολόγιο «ποιότητας ζωής», το οποίο αξιολογεί τη σωματική, την ψυχολογική-συναισθηματική, τη διαπροσωπική και την κοινωνική ευημερία. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλότερο επίπεδο στην αίσθηση των παλινοστούντων για το σωματικό τους ρόλο (κόπωση, κούραση), τη ζωτικότητα και την ενέργεια. Η σωματική και η κοινωνική ευημερία σχετίστηκαν με την αίσθηση της κόπωσης και της κούρασης, αλλά και με τη διάσταση της μετανάστευσης. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η γενική και η ψυχική υγεία συμβάλλουν στην πρόβλεψη της συναισθηματικής ευημερίας, ενώ στην πρόβλεψη της διαπροσωπικής ευημερίας προστίθεται και η κοινωνική στήριξη.

Η έννοια της ποιότητας ζωής αφορά στην πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία, καθώς και στην πρόληψη προβλημάτων υγείας με βάση «την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». ¹ Ως μια πολυδιάστατη έννοια, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τόσο μακροοικονομικές και κοινωνικές παραμέτρους όσο και πτυχές της φυσικής, της υλικής και της κοινωνικής ευημερίας, τη συναισθηματική ισορροπία και την ικανότητα για ανάπτυξη και δραστηριότητα στο κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο το άτομο ζει και μεγαλώνει. ² Η φυσική ευημερία έχει συνδεθεί με την

έννοια της φυσικής λειτουργικότητας, την ικανότητα, την κινητικότητα και την προσωπική ασφάλεια, ενώ η υλική ευημερία αφορά στις συνθήκες διαβίωσης, στην οικονομική άνεση, στο εισόδημα, στην ποιότητα της κατοικίας κ.ά. Με την έννοια της κοινωνικής ευημερίας και λειτουργικότητας περιγράφονται οι διαπροσωπικές σχέσεις, συνισταμένες των οποίων είναι οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια, οι συζυγικές σχέσεις, οι σχέσεις με συγγενείς και στενούς φίλους, οι σχέσεις στη γειτονιά και στην κοινότητα, η συμμετοχή στην εκπαίδευση και στην απασχόληση κ.ά. Η συναισθηματική ευημερία εκφράζεται και αντανακλάται στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοπεποίθηση και στην ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ η ανάπτυξη και η δραστηριότητα περιλαμβάνουν τις ικανότητες του ατόμου για αυτονομία και ανεξαρτησία, τα

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2015, 32(6):766–776
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2015, 32(6):766–776

**Χ. Πράπας,¹
Β. Μαυρέας²**

¹Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, Κατεύθυνση Κοινωνικής Υγείας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα

²Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Comparison of the mental and physical health and quality of life of Greeks, Albanian immigrants and returnees from the former Soviet Union

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Μετανάστευση
Παλινόστηση
Ποιότητα ζωής
Σωματική και ψυχική υγεία

Υποβλήθηκε 6.4.2015

Εγκρίθηκε 9.5.2015

εκπαιδευτικά και τα επαγγελματικά του ενδιαφέροντα. Οι εν λόγω διαστάσεις προσδιορίζουν το πλαίσιο μιας καλής ποιότητας ζωής με βάση τις ανάγκες του ατόμου σε ένα λειτουργικό πολιτισμικό περιβάλλον.

Οι ερευνητές στις ιατρικές επιστήμες αναφέρονται στη «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής»,³ που μελετά την επίδραση του πόνου και των νόσων, όπως τα καρδιολογικά προβλήματα, ο διαβήτης, η υπέρταση κ.ά., στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Ένας δεύτερος σημαντικός παράγοντας, η ψυχική υγεία και η ψυχική διάθεση, εμπεριέχουν μια σειρά συναισθηματικών καταστάσεων που ορίζονται τόσο από φυσιολογικές παραμέτρους όπως κούραση, ενεργητικότητα όσο και από ψυχολογικές παραμέτρους, όπως άγχος, stress, κατάθλιψη.⁴ Η έρευνα σε διάφορους επιστημονικούς κλάδους, όπως στο χώρο της Ψυχολογίας⁵ και της Ψυχονευροανοσολογίας,⁶ συνδέουν τη σωματική και την ψυχική υγεία με την έκθεση σε υψηλό stress που οδηγεί σε υψηλό αλλοστατικό φορτίο, ως συσσωρευτική φθορά του οργανισμού λόγω παρατεταμένης και μη επωφελούς χρήσης των αλλοστατικών μηχανισμών.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και οικονομικοί παράγοντες, εξ ίσου σημαντικοί, οι οποίοι βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση με την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού.⁷ Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η εμπειρία της μετανάστευσης διαδραματίζει σημαντικό, αν και όχι αποκλειστικό, ρόλο στην ποιότητα ζωής και στην ψυχική υγεία των μεταναστών. Η έρευνα «Ποιότητα ζωής σε γειτονιές με εθνοτική πολυμορφία» του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (2011), που διεξήχθη σε 15 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), αναφέρει ότι οι περιοχές όπου διαμένουν υψηλά ποσοστά μεταναστών χαρακτηρίζονται από χαμηλή ποιότητα ζωής, σχετικά υψηλά επίπεδα φτώχειας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και κακής ποιότητας στέγαση. Το ποσοστό των μεταναστών που αντιμετωπίζει κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σε πέντε χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, είναι τουλάχιστον 15% υψηλότερο του συνολικού πληθυσμού της ΕΕ.⁸

Παρόλο που η Ελλάδα τα τελευταία έτη έχει δεχθεί μεγάλο ποσοστό μεταναστών και παλιννοστούντων, είναι ελάχιστες οι έρευνες που εξετάζουν θέματα ποιότητας ζωής των μεταναστών σε σύγκριση με το γηγενή πληθυσμό.⁹ Η έρευνα έχει επικεντρωθεί κυρίως στον επιπολιτισμό και στην ψυχολογική προσαρμογή¹⁰ των μεταναστών και των παλιννοστούντων, ενώ ελάχιστες έρευνες ασχολήθηκαν με την ποιότητα ζωής και την ικανοποίηση από αυτή. Στο εν λόγω πλαίσιο, η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε για να διερευνήσει (α) την προσλαμβανόμενη αντίληψη της ποιότητας ζωής (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική,

κοινωνική ευημερία) με βάση τις αναφορές γηγενών, μεταναστών από την Αλβανία και παλιννοστούντων από την πρώην Σοβιετική Ένωση, (β) την προσλαμβανόμενη αίσθηση της σωματικής και της ψυχικής υγείας με βάση τις αναφορές γηγενών, μεταναστών και παλιννοστούντων, και (γ) τη σχέση ανάμεσα στην προσλαμβανόμενη ποιότητα ζωής καθώς και τη σωματική και ψυχική υγεία των ομάδων μελέτης.

Η γενική υπόθεση της έρευνας ήταν ότι οι μετανάστες από την Αλβανία και οι Ελληνοπόντιοι παλιννοστούντες θα εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής και χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους γηγενείς. Η έρευνα σχετικά με την ποιότητα ζωής των μεταναστών στην Ελλάδα είναι περιορισμένη, ενώ θέματα σωματικής υγείας των μεταναστών έχουν μελετηθεί κυρίως σε κλινικά δείγματα. Σημαντικές διαφοροποιήσεις έχουν προκύψει σχετικά με την ψυχική υγεία οικονομικών μεταναστών προερχόμενων από την Αλβανία και παλιννοστούντων από την πρώην Σοβιετική Ένωση.¹¹⁻¹³ Η δεύτερη υπόθεση αφορά στη σχέση της ποιότητας ζωής με την υγεία, την επίδραση των νόσων, της ψυχικής υγείας, αλλά και της ομάδας προέλευσης. Στην κλινική πρακτική, η φυσική υγεία, ο πόνος και οι δυσάρεστες καταστάσεις υγείας, η ενεργητικότητα και η κούραση, καθώς και η λειτουργικότητα του ατόμου και η συναισθηματική του κατάσταση είναι βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.^{2,14} Κατ' αυτόν τον τρόπο, στην αναπαράσταση της ποιότητας ζωής μπορεί να περιλαμβάνονται τόσο ατομικοί όσο και κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι η μετανάστευση, η οποία ενδέχεται να ευθύνεται για πιθανές διαφοροποιήσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν 520 άτομα, 257 (49,4%) άνδρες και 263 (50,6%) γυναίκες. Εξασφαλίστηκε η συμμετοχή όλων των ατόμων, καθώς τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε αίθουσες κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης (ΚΕΚ), όπου διεξάγονταν σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης, και η ανταπόκρισή τους ήταν θετική. Ως προς την καταγωγή, το 58,3% (303 άτομα) ήταν Έλληνες, το 21,9% (114 άτομα) μετανάστες από την Αλβανία και το 19,8% (103 άτομα) Πόντιοι παλιννοστούντες. Το εύρος της ηλικίας κυμαινόταν στα 18-64 έτη, με μέσο όρο τα 36,3 έτη και τυπική απόκλιση 10,04 έτη. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ηλικίας ως προς την καταγωγή των συμμετεχόντων.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν τα εξής: (α) Ερωτηματολόγιο SF-36 (short-form health survey),^{4,15} το οποίο αξιολογεί το επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού. Τη φυσική υγεία συνθέτουν τέσσερις βασικές διαστάσεις: «σωματική λειτουργικότητα» (1=ναι, 0=όχι), «σωματικός ρόλος» (1=ναι, 0=όχι), «σωματικός πόνος» (1=καθόλου, 2=ελάχιστα,

3=λίγο, 4=αρκετά, 5=πάρα πολύ) και «γενική υγεία» (1=σίγουρα όχι, 2=μάλλον όχι, 3=δεν ξέρω, 4=μάλλον, 5=σίγουρα). Οι διαστάσεις «ζωτικότητα» (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=αρκετά συχνά, 5=συνήθως), «κοινωνική λειτουργικότητα» (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=λίγο, 4=αρκετά, 5=πάρα πολύ), «συναισθηματικός ρόλος» (1=ναι, 0=όχι) και «ψυχική υγεία» (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=αρκετά συχνά, 5=συνήθως) αξιολογούν την ψυχολογική υγεία του ατόμου. Οι δείκτες αξιοπιστίας της κλίμακας ήταν ικανοποιητικοί και για τις τρεις ομάδες και κυμάνθηκαν σε 0,60–0,86.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει, επί πλέον, μια κλίμακα η οποία αναφέρεται συνολικά σε 14 προβλήματα υγείας, όπως «καρδιολογικά προβλήματα», «αρθρίτιδα ή ρευματισμοί», «εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα», «καταρράκτης», «κάταγμα ή ράγισμα οστού», «προβλήματα στα κάτω άκρα», «νόσο του Parkinson», «υπέρταση», «καρκίνο», «διαβήτη», «εγκεφαλικό επεισόδιο», «χρόνια ψυχικά προβλήματα», «αιμορραγία του ορθού εντέρου», «άλλο». Οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν αν τη δεδομένη χρονική στιγμή αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας. Η κλίμακα βαθμολογήθηκε με βάση το άθροισμα των 14 προβλημάτων υγείας.

Η έννοια της ποιότητας ζωής αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο «Ποιότητας Ζωής»,¹⁶ το οποίο κατασκευάστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και μεταφράστηκε από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το «Αιγινήτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του ΠΟΥ. Το ερωτηματολόγιο στην αρχική μορφή του περιλαμβάνει 24 θεματικές ενότητες, που αξιολογούν την ποιότητα ζωής και την υγεία του ατόμου γενικά. Οι τέσσερις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου είναι η «σωματική ευημερία» (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.λπ.), η «ψυχολογική-συναισθηματική ευημερία» (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, αυτο-εικόνα κ.λπ.), η «διαπροσωπική ευημερία» (προσωπικές κοινωνικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα) και η «κοινωνική ευημερία» (περιβάλλον οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια). Οι δείκτες αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου ήταν ως εξής: «σωματική ευημερία»: για τους Έλληνες ο δείκτης Cronbach ήταν $\alpha=0,76$, για τους Αλβανούς $\alpha=0,69$ και για τους Ελληνοπόντιους $\alpha=0,76$, «ψυχολογική ευημερία»: για τους Έλληνες ο δείκτης Cronbach ήταν $\alpha=0,66$, για τους Αλβανούς $\alpha=0,61$ και για τους Ελληνοπόντιους $\alpha=0,73$, «διαπροσωπική ευημερία»: για τους Έλληνες ο δείκτης Cronbach ήταν $\alpha=0,78$, για τους Αλβανούς $\alpha=0,73$ και για τους Ελληνοπόντιους $\alpha=0,77$, «κοινωνική ευημερία-περιβάλλον»: για τους Έλληνες ο δείκτης Cronbach ήταν $\alpha=0,69$, για τους Αλβανούς $\alpha=0,62$ και για τους Ελληνοπόντιους $\alpha=0,60$.

Για τη διασφάλιση της εννοιολογικής ισοτιμίας των ερωτηματολογίων σε δύο γλώσσες (Ελληνικά και Αλβανικά, Ελληνικά και Ρωσικά) χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος αντίστροφης μετάφρασης,¹⁷ η οποία συνίσταται στη μετάφραση του προτύπου κειμένου από τη γλώσσα Α (π.χ. ελληνική) στη γλώσσα Β (π.χ. αλβανική) από δίγλωσσα άτομα. Στη δεύτερη φάση, ένα άλλο δίγλωσσο άτομο μεταφράζει το αλβανικό κείμενο στην ελληνική γλώσσα. Στην τρίτη φάση γίνεται η σύγκριση του ελληνικού προτύπου με το δεύτερο ελληνικό κείμενο, έτσι ώστε να εντοπιστούν οι διαφορές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ερωτηματολόγιο SF-36 και επίδραση ανεξάρτητων μεταβλητών (καταγωγή και φύλο)

Η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βαθμολογία των παραγόντων του ερωτηματολογίου SF-36 ελέγχθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης. Σχεδιάστηκε ένα διπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένες μεταβλητές τις οκτώ κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 («φυσική λειτουργία», «σωματικός ρόλος», «σωματικός πόνος», «γενική υγεία», «ζωτικότητα», «ψυχική υγεία», «κοινωνική λειτουργικότητα», «συναισθηματικός ρόλος») και ανεξάρτητες μεταβλητές τη χώρα καταγωγής και το φύλο (3×2). Στην ανάλυση διακύμανσης χρησιμοποιήθηκαν προσαρμοσμένοι μέσοι όροι, καθώς οι κλίμακες ήταν διαφορετικών διαστάσεων.

Η χώρα καταγωγής βρέθηκε να έχει σημαντική κύρια επίδραση στο γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36: $\Lambda=0,880$, $F(16,990)=4,1$, $p<0,001$, $\eta^2=0,062$. Σε μονομεταβλητό επίπεδο, όπως φαίνεται στον πίνακα 1, οι σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στους προσαρμοσμένους μέσους όρους της κλίμακας «σωματικός ρόλος» $F(2, 507)=8,80$, $p<0,001$, $\eta^2=3,5\%$, με τους Ελληνοπόντιους να σημειώνουν τον υψηλότερο μέσο όρο μείωσης του σωματικού ρόλου. Σύμφωνα με το κριτήριο Tukey, που εφαρμόζεται για τη σύγκριση μέσων όρων διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων, οι Έλληνες σημείωσαν το χαμηλότερο μέσο όρο μείωσης του σωματικού ρόλου, ενώ ο μέσος

Πίνακας 1. Προσαρμοσμένοι μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 ως προς την καταγωγή.

Κλίμακες	Καταγωγή			F-τιμή (2,507)
	Ελλάδα	Αλβανία	Πρώην ΣΕ	
	M	M	M	
<i>Σωματική υγεία</i>				
Φυσική/σωματική λειτουργία	0,06	-0,08	-0,06	0,98
Σωματικός ρόλος	-0,15***	0,14**,**	0,29*	8,80**
Σωματικός πόνος	-0,004	-0,12	0,06	0,88
Γενική υγεία	0,08	0,05	-0,21	3,24*
<i>Ψυχολογική υγεία</i>				
Ζωτικότητα	0,09*	0,12*	-0,33**	7,77***
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,17**	0,32*	0,03**	10,47***
Συναισθηματική λειτουργία	-0,09	0,17	0,08	3,05*
Ψυχική υγεία	0,06	0,01	-0,21	2,85

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$. ΣΕ: Σοβιετική Ένωση

όρος των Αλβανών μεταναστών βρισκόταν σε ενδιάμεσο επίπεδο, ήταν χαμηλότερος των Πόντιων παλινοστούντων και υψηλότερος των Ελλήνων. Στην κλίμακα «ζωτικότητα», οι Πόντιοι παλινοστούντες σημείωσαν το χαμηλότερο μέσο όρο, ενώ οι Έλληνες και οι Αλβανοί μετανάστες τον υψηλότερο $F(2, 507)=7,77, p<0,001, \eta^2=3\%$. Στην κλίμακα «κοινωνική λειτουργικότητα», οι Αλβανοί μετανάστες σημείωσαν τον υψηλότερο μέσο όρο, ενώ οι Έλληνες και οι Πόντιοι παλινοστούντες το χαμηλότερο $F(2, 507)=10,47, p<0,001, \eta^2=4\%$. Το αποτέλεσμα έδειξε ότι η υγεία ενός μέλους της οικογένειας επηρέαζε περισσότερο όλη την οικογένεια στην περίπτωση των Αλβανών μεταναστών. Στις κλίμακες «γενική υγεία» και «κοινωνική λειτουργικότητα», ο δείκτης Tukey δεν επιβεβαίωσε τις διαφορές που έδειξε η τιμή του δείκτη F. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στις κλίμακες «φυσική λειτουργία», «σωματικός πόνος» και «ψυχική υγεία».

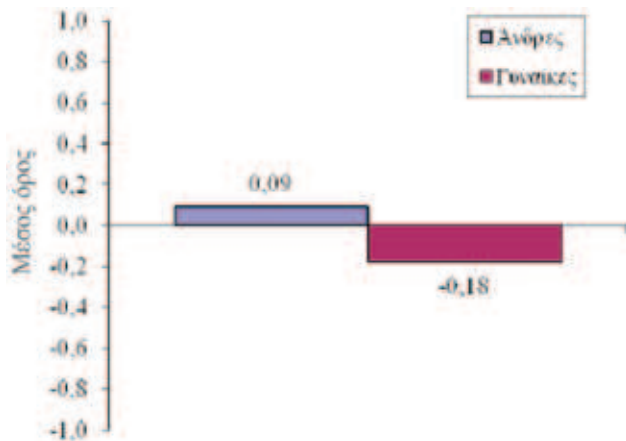
Ως προς το φύλο, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους του συνολικού βαθμού «ψυχική υγεία», $F(1, 502)=7,06, p<0,01, \eta^2=1,4\%$. Όπως φαίνεται στην εικόνα 1, οι γυναίκες σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο νευρικότητας, κατάθλιψης, μελαγχολίας, κούρασης και εξάντλησης απ'ότι οι άνδρες. Δεν βρέθηκε σημαντική

αλληλεπίδραση καταγωγής και φύλου στους μέσους όρους του ερωτηματολογίου SF-36.

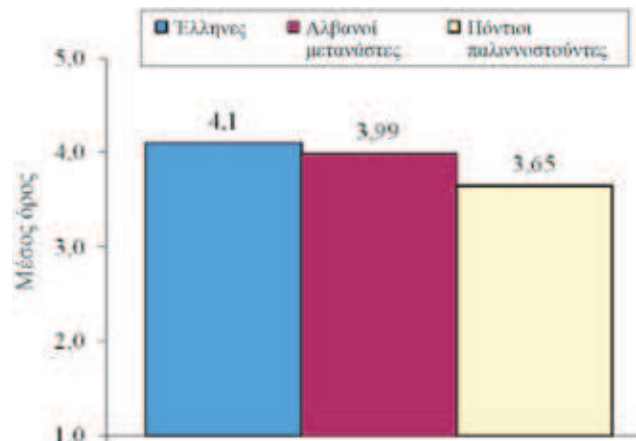
Σωματικές ενοχλήσεις και επίδραση ανεξάρτητων μεταβλητών (καταγωγή και φύλο)

Στο ερώτημα «Πόσο καλή είναι η υγεία σου;» εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων $F(1, 502)=8,90, p<0,001$. Όπως φαίνεται στην εικόνα 2, οι Έλληνες και οι Αλβανοί μετανάστες σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο προσλαμβανόμενης καλής υγείας, ενώ οι Πόντιοι παλινοστούντες το χαμηλότερο μέσο όρο. Δεν βρέθηκε σημαντική επίδραση φύλου ούτε αλληλεπίδραση καταγωγής και φύλου στους μέσους όρους της ερώτησης σχετικά με την υγεία των συμμετεχόντων.

Προκειμένου να διερευνηθεί αν το τελευταίο χρονικό διάστημα οι ερωτηθέντες αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα, υπολογίστηκαν οι συνδυαστικές συχνότητες των δύο μεταβλητών. Όπως έδειξε το κριτήριο χ^2 , δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ούτε μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα 2, το 70,4% (366 άτομα) του δείγματος δεν ανέφερε κάποιο πρόβλημα υγείας το τελευταίο χρονικό



Εικόνα 1. Προσαρμοσμένοι μέσοι όροι της κλίμακας «ψυχικής υγείας» ως προς το φύλο.



Εικόνα 2. Μέσοι όροι της ερώτησης «Πόσο καλή είναι η υγεία σου;» ως προς την καταγωγή.

Πίνακας 2. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) αναφορικά με προβλήματα υγείας ως προς τη χώρα καταγωγής.

Προβλήματα	Καταγωγή							
	Ελλάδα		Αλβανία		Πρώην Σοβιετική Ένωση		Σύνολο	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ναι	87	28,7	31	27,2	36	35,0	156	29,6
Όχι	216	71,3	83	72,8	67	65,0	366	70,4
Σύνολο	303	58,3	114	21,9	103	19,8	520	100,0

Οι σχετικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τη χώρα υποδοχής

διάστημα, ενώ στο 29,6% (156 άτομα) διαπιστώθηκαν προβλήματα υγείας.

Ως προς τον αριθμό των προβλημάτων υγείας, οι συνδυαστικές συχνότητες δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ούτε ως προς το φύλο. Ειδικότερα, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, το 72,1% (80 άτομα) του δείγματος ανέφερε ένα πρόβλημα το τελευταίο χρονικό διάστημα, το 24,3% (27 άτομα) δύο προβλήματα και το 3,4% (4 άτομα) 3 ή 4 προβλήματα.

Ως προς το είδος των προβλημάτων, το 33,3% (37 άτομα) ανέφερε την υπέρταση, το 19,8% (22 άτομα) ανέφερε κατάγματα, το 18% (20 άτομα) δήλωσε καρδιολογικά προβλήματα, το 14,4% (16 άτομα) ανέφερε αρθρίτιδα ή ρευματισμούς και το 12,8% (12 άτομα) ανέφερε εμφύσημα. Χαμηλότερα ποσοστά δήλωσαν καταρράκτη, κατάγματα, νόσο του Parkinson κ.ά. (πίν. 4).

Ποιότητα υγείας WHOQOL-BREF και επίδραση ανεξάρτητων μεταβλητών (καταγωγή, φύλο και σωματική υγεία)

Η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βαθμολογία των παραγόντων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF ελέγχθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης. Σχεδιάστηκε ένα διπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένες μεταβλητές τις τέσσερις κλίμακες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, κοινωνική ευημερία) και ανεξάρτητες μεταβλητές τη χώρα καταγωγής και το φύλο (3×2). Στη συνέχεια, διενεργήθηκε διπαραγοντική ανάλυση για να εκτιμηθεί η σχέση των κλιμάκων WHOQOL-BREF με την καταγωγή και την ύπαρξη ή μη προβλημάτων υγείας.

Η χώρα καταγωγής βρέθηκε να έχει σημαντική κύρια επίδραση στο γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερω-

Πίνακας 3. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) αναφορικά με προβλήματα υγείας ως προς τη χώρα καταγωγής.

Αριθμός προβλημάτων	Καταγωγή							
	Ελλάδα		Αλβανία		Πρώην Σοβιετική Ένωση		Σύνολο	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1	44	75,9	20	69,0	16	66,7	80	72,1
2	12	20,7	8	27,6	7	29,2	27	24,3
3-4	2	3,4	1	3,4	1	4,1	4	3,6
Σύνολο	58	52,3	29	26,1	24	21,6	111	100,0

Οι σχετικές συχνότητες έχουν υπολογιστεί για τη χώρα υποδοχής

Πίνακας 4. Κατανομή (απόλυτες και σχετικές συχνότητες) του είδους των προβλημάτων υγείας ως προς τη χώρα καταγωγής.

Είδος προβλήματος	Καταγωγή							
	Ελλάδα		Αλβανία		Πρώην ΣΕ		Σύνολο	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Καρδιολογικά	7	35,0	6	30,0	7	35,0	20	18,0
Αρθρίτιδα	8	50,0	5	31,2	3	18,8	16	14,4
Εμφύσημα	8	66,7	3	25,0	1	8,3	12	10,8
Καταρράκτης	2	100,0	-	-	-	-	2	1,8
Κάταγμα	5	71,4	2	28,6	-	-	7	6,3
Πρόβλημα/κάτω άκρα	8	36,4	13	59,1	1	4,5	22	19,8
Νόσος Parkinson	-	-	1	100,0	-	-	1	0,9
Υπέρταση	19	51,4	16	43,2	2	5,4	37	33,3
Καρκίνος	6	100,0	-	-	-	-	6	5,4
Διαβήτης	9	69,2	3	23,1	1	7,7	13	11,7
ΑΕΕ	-	-	-	-	1	100,0	1	0,9
Ψυχικά προβλήματα	3	50,0	2	33,3	1	16,7	6	5,4
Αιμορραγία εντέρου	3	75,0	1	25,0	-	-	4	3,6

Οι σχετικές συχνότητες του συνόλου έχουν υπολογιστεί σε σχέση με τα άτομα που είχαν δηλώσει προβλήματα υγείας.
ΑΕΕ: Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ΣΕ: Σοβιετική Ένωση

τηματολογίου WHOQOL-BREF: $\Lambda=0,857$, $F(8, 1008)=10,10$, $p<0,001$, $\eta^2=0,7\%$. Σε μονομεταβλητό επίπεδο, όπως φαίνεται στον πίνακα 5, οι σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στις κλίμακες «σωματική ευημερία» $F(2, 513)=24,19$, $p<0,001$, $\eta^2=8,7\%$ και «ψυχολογική ευημερία» $F(2, 513)=8,21$, $p<0,001$, $\eta^2=3\%$, με τους Έλληνες να σημειώνουν τον υψηλότερο μέσο όρο σε σύγκριση με τις άλλες δύο ομάδες. Στην κλίμακα «διαπροσωπική ευημερία» $F(2, 513)=4,52$, $p<0,01$, $\eta^2=1,8\%$, οι Έλληνες σημείωσαν επίσης τον υψηλότερο μέσο όρο και οι Πόντιοι παλινοστούντες το χαμηλότερο. Ο μέσος όρος των Αλβανών μεταναστών εντοπίστηκε στο ενδιάμεσο-ήταν χαμηλότερος των Ελλήνων και υψηλότερος των παλινοστούντων. Στην κλίμακα «κοινωνική ευημερία» $F(2, 513)=21,22$, $p<0,001$, $\eta^2=7,7\%$, οι Έλληνες και οι Αλβανοί μετανάστες σημείωσαν παρόμοιο μέσο όρο, σημαντικά υψηλότερο από τους Πόντιους παλινοστούντες. Δεν βρέθηκαν διαφορές φύλου ούτε αλληλεπίδραση καταγωγής και φύλου στους μέσους όρους του ερωτηματολογίου «ποιότητα ζωής».

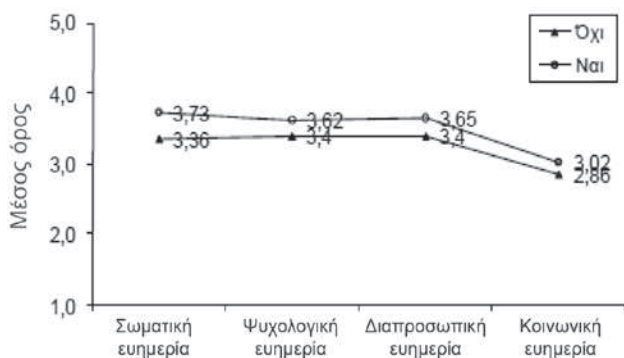
Σε σχέση με την εκδήλωση προβλημάτων υγείας, όπως φαίνεται στην εικόνα 3, σε όλες τις περιπτώσεις τα άτομα που αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας εμφάνιζαν χαμη-

Πίνακας 5. Μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF ως προς την καταγωγή.

Κλίμακες ευημερίας	Καταγωγή			Τιμή F (2,513)
	Ελλάδα	Αλβανία	Πρώην ΣΕ	
Σωματική	3,82*	3,54**	3,47**	24,19**
Ψυχολογική	3,70*	3,45**	3,50**	8,21**
Διαπροσωπική	3,67*	3,67**,**	3,44**	4,52*
Κοινωνική	3,15*	3,03*	2,75**	21,22**

* $p<0,01$, ** $p<0,001$. Η κλίμακα βαθμολόγησης κυμαίνεται από 1=«καθόλου» μέχρι 5=«απόλυτα»

ΣΕ: Σοβιετική Ένωση



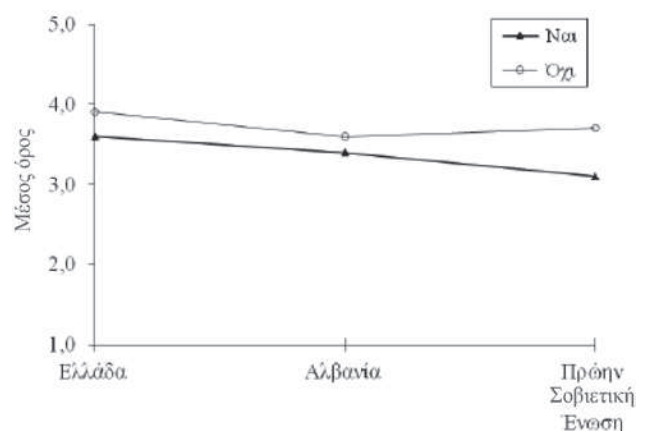
Εικόνα 3. Μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου «Ποιότητα Ζωής» ως προς την ύπαρξη σωματικών προβλημάτων υγείας.

λότερο μέσο όρο στην αντίληψη της «σωματικής» $F(1, 507)=21,22$, $p<0,001$, $\eta^2=8,7\%$ και της «ψυχολογικής» $F(1, 507)=11,25$, $p<0,01$, $\eta^2=2,2\%$, της «διαπροσωπικής» $F(1, 507)=12,56$, $p<0,001$, $\eta^2=2,4\%$ και της «κοινωνικής» ευημερίας $F(1, 507)=7,35$, $p<0,01$, $\eta^2=1,4\%$.

Η σημαντική αλληλεπίδραση της καταγωγής και της ύπαρξης προβλημάτων υγείας (ναι/όχι) στην κλίμακα «σωματική ευημερία», $F(1, 507)=3,25$, $p<0,01$, $\eta^2=3,9\%$, δείχνει ότι η διαφορά στους μέσους όρους μεταξύ των Ελλήνων και των παλινοστούντων με σωματικά προβλήματα και χωρίς σωματικά προβλήματα είναι μεγαλύτερη απ' ό,τι των Αλβανών με σωματικά προβλήματα και χωρίς σωματικά προβλήματα. Δηλαδή, οι Πόντιοι που αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας ανέφεραν χαμηλότερο επίπεδο ενεργητικότητας και υψηλότερο επίπεδο κόπωσης σε σύγκριση με το αντίστοιχο δείγμα των Ελλήνων και των Αλβανών μεταναστών (εικ. 4).

Αποτελέσματα αναλύσεων πρόβλεψης της ποιότητας ζωής (σωματική υγεία, ψυχολογική υγεία, κοινωνικές σχέσεις, περιβάλλον) με παράγοντες πρόβλεψης το φύλο, τη φυσική και την ψυχολογική υγεία, καθώς και την καταγωγή

Για τη διερεύνηση του ερωτήματος σχετικά με τη στατιστική πρόβλεψη των παραγόντων του ερωτηματολογίου «Ποιότητα Ζωής» (εξαρτημένες μεταβλητές) από το φύλο, τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, τις σωματικές ενοχλήσεις και την καταγωγή (μεταβλητές πρόβλεψης) εφαρμόστηκε η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (stepwise multiple regression). Στο πρώτο βήμα εισήχθη η μεταβλητή του φύλου, στο δεύτερο οι διαστάσεις της φυσικής υγείας, στο τρίτο βήμα οι διαστάσεις της ψυχο-



Εικόνα 4. Αλληλεπίδραση της καταγωγής και των προβλημάτων υγείας (ναι/όχι) στους μέσους όρους της βαθμολογίας «σωματική ευημερία» του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF.

Πίνακας 6. Παλινδρομικές αναλύσεις στους παράγοντες του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Εξαρτημένες μεταβλητές (ποιότητα ζωής) – Ευημερία			
	Φυσική β	Συναισθηματική β	Διαπροσωπική β	Κοινωνική β
Φύλο	-0,10	-0,19*	0,04	0,01
Φυσική υγεία				
Φυσική λειτουργία	0,19*	0,06	0,05	0,05
Σωματικός ρόλος	-0,15	0,03	0,05	-0,02
Σωματικός πόνος	-0,04	0,14	-0,02	-0,007
Γενική υγεία	0,20*	0,07	0,17***	13**
Ψυχολογική υγεία				
Ζωτικότητα	0,18	0,40***	0,32***	0,24***
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,01	-0,16	-0,18***	-0,07
Συναισθηματική λειτουργία	0,10	0,06	-0,02	0,03
Ψυχική υγεία	0,25**	0,28**	0,16***	0,15**
Σωματική ασθένεια	-0,05	-0,002	-0,03	-0,04
Καταγωγή (1 Έλληνας, 2 Αλβανοί, 3 Πόντιοι)	-0,25**	-0,06	-0,95	-0,21***
R ²	0,56	0,46	0,39	

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

λογικής υγείας, στο τέταρτο βήμα οι σωματικές ασθένειες και στο τελευταίο βήμα η καταγωγή.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, η φυσική λειτουργία, η γενική υγεία, η ψυχική υγεία και η καταγωγή συνέβαλαν σημαντικά στη στατιστική πρόβλεψη της αντίληψης για τη «σωματική υγεία». Από την επισκόπηση των beta τιμών προέκυψε ότι η φυσική λειτουργία $\beta=0,19$, $t=2,36$, $p<0,05$, η γενική υγεία $\beta=0,20$, $t=2,32$, $p<0,05$, $R^2=42\%$ και η ψυχική υγεία $\beta=0,25$, $t=3,06$, $p<0,01$, με ποσοστό 8% της εξηγούμενης διασποράς, συνδέονταν θετικά με την αντίληψη για την ποιότητα της σωματικής λειτουργίας. Δηλαδή, τα άτομα με λιγότερα φυσικά και ψυχικά προβλήματα έτειναν να έχουν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα της σωματικής τους λειτουργίας. Η συμβολή της καταγωγής έδειξε ότι το να είναι κάποιος παλιννοστούντας από την πρώην Σοβιετική Ένωση ή μετανάστης από την Αλβανία δήλωνε χαμηλότερο επίπεδο φυσικής ευημερίας, ενώ το να είναι Έλληνας υψηλότερο επίπεδο, $\beta=-0,25$, $t=-3,41$, $p<0,01$, $R^2=5,5\%$.

Την αντίληψη για τη συναισθηματική ευημερία προβλέπουν το φύλο, η ζωτικότητα και η ψυχική υγεία

Από την επισκόπηση των beta τιμών προέκυψε ότι η ζωτικότητα $\beta=0,40$, $t=3,77$, $p<0,001$ και η ψυχική υγεία $\beta=0,28$, $t=3,06$, $p<0,01$, με ποσοστό 26% της εξηγούμενης διασποράς, συνδέονταν θετικά με την αντίληψη για την ποιότητα της ψυχολογικής λειτουργίας. Δηλαδή, τα άτομα με υψηλή ζωτικότητα και καλή ψυχική υγεία έτειναν να έχουν

καλύτερη αντίληψη για την ψυχολογική τους λειτουργία. Το γυναικείο φύλο φάνηκε να συνδέεται με χαμηλότερο επίπεδο αντίληψης της ποιότητας της ψυχολογικής λειτουργίας, $\beta=-0,19$, $t=-2,35$, $p<0,05$, $R^2=1\%$.

Η διαπροσωπική ευημερία φαίνεται να συνδέεται με τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία

Από την επισκόπηση των beta τιμών προέκυψε ότι η γενική υγεία $\beta=0,17$, $t=3,86$, $p<0,001$, με συνολικό ποσοστό της σωματικής υγείας 21%, η ζωτικότητα $\beta=0,32$, $t=7,45$, $p<0,001$ και η ψυχική υγεία $\beta=0,16$, $t=3,88$, $p<0,001$, με ποσοστό 18% της εξηγούμενης διασποράς, συνδέονταν θετικά με την αντίληψη για την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων. Δηλαδή, τα άτομα με υψηλή ζωτικότητα καθώς και καλή γενική και ψυχική υγεία έτειναν να έχουν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων. Οι αρνητικές σχέσεις με την οικογένεια συνδέονταν αρνητικά με την αντίληψη της ποιότητας των κοινωνικών σχέσεων, $\beta=-0,18$, $t=-4,44$, $p<0,001$.

Την ποιότητα της σχέσης με το περιβάλλον φαίνεται να προβλέπουν η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η ψυχική υγεία και η καταγωγή

Από την επισκόπηση των beta τιμών προέκυψε ότι η γενική υγεία $\beta=0,13$, $t=2,84$, $p<0,01$, με συνολικό ποσοστό

της εξηγούμενης διασποράς 13%, η ζωτικότητα $\beta=0,24$, $t=5,14$, $p<0,001$ και η ψυχική υγεία $\beta=0,15$, $t=3,38$, $p<0,01$, με ποσοστό 10% της εξηγούμενης διασποράς, συνδέονταν θετικά με την αντίληψη για την ποιότητα των σχέσεων με το περιβάλλον. Δηλαδή, τα άτομα με υψηλή ζωτικότητα καθώς και καλή γενική και ψυχική υγεία έτειναν να έχουν καλύτερη αντίληψη για την ποιότητα σχέσεων με το περιβάλλον. Η συμβολή της καταγωγής έδειξε ότι, ανεξαρτήτως σωματικής και ψυχικής υγείας, το να είναι κάποιος παλιννοστούντας από την πρώην Σοβιετική Ένωση ή μετανάστης από την Αλβανία δήλωνε χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης σχέσεων με το περιβάλλον, ενώ το να είναι Έλληνας υψηλότερο επίπεδο, $\beta=-0,21$, $t=-5,21$, $p<0,001$, $R^2=4\%$.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν δύο όψεις της ποιότητας ζωής και, συγκεκριμένα, ότι η ποιότητα ζωής (σωματική, συναισθηματική, διαπροσωπική και κοινωνική ευημερία) σχετίζεται τόσο με προσωπικούς όσο και με κοινωνικούς παράγοντες. Ως προσωπικοί παράγοντες αναφέρεται η προσλαμβανόμενη αντίληψη της γενικής και της ψυχικής υγείας, ενώ στους κοινωνικούς παράγοντες ανήκει η μετανάστευση και, συγκεκριμένα, η εθνική ομάδα καταγωγής. Οι υποθέσεις που διατυπώθηκαν αφορούσαν στις προσλαμβανόμενες αντιλήψεις Ελλήνων, μεταναστών από την Αλβανία και παλιννοστούντων Ποντίων από την πρώην Σοβιετική Ένωση. Κύρια υπόθεση ήταν η πιθανή σύνδεση της προσλαμβανόμενης αντίληψης υγείας και της ποιότητας ζωής με την ομάδα καταγωγής, καθώς σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η πορεία της μετανάστευσης, η εγκατάλειψη της πατρίδας, η μετοίκηση σε μια νέα χώρα και η προσαρμογή σε ένα καινούργιο περιβάλλον συνδέονται με μεταβολές στην προσωπική και στην κοινωνική ταυτότητα,¹⁸ αλλά και με δυσκολίες που δημιουργούν ασύμμετρες σχέσεις μεταξύ ομάδων. Η δεύτερη υπόθεση αφορούσε στη διπλή αναπαράσταση της ποιότητας ζωής, η οποία αναφερόταν στην πιθανή της σύνδεση με την προσωπική πρόσληψη της σωματικής και της ψυχικής υγείας, αλλά και με την ένταξη σε μια συγκεκριμένη κατηγορία (μετανάστες, παλιννοστούντες).

Γενική και ψυχική υγεία, καθώς και ποιότητα ζωής ως προς την καταγωγή. Οι αντιλήψεις σχετικά με την προσλαμβανόμενη υγεία φάνηκε να διαφέρουν μεταξύ ομάδων. Από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι οι Πόντιοι παλιννοστούντες δήλωσαν χαμηλότερο επίπεδο προσλαμβανόμενης αντίληψης γενικής υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες από την Αλβανία και τους Έλληνες, παρ' όλο που δεν σημειώθηκαν διαφορές στην επιβάρυνση από διάφορα νοσήματα. Οι Πόντιοι παλιννοστούντες ανέφεραν επίσης

τα υψηλότερα επίπεδα κούρασης και τα χαμηλότερα επίπεδα ζωτικότητας και ενεργητικότητας. Αντίθετα, μεταξύ Αλβανών μεταναστών του δείγματος βρέθηκε υψηλότερο επίπεδο πρόσληψης καλής υγείας σε σύγκριση με τους Πόντιους παλιννοστούντες. Επί πλέον, οι Αλβανοί μετανάστες δήλωσαν περισσότερη ζωντάνια και ηρεμία και λιγότερη κόπωση και κούραση απ' ό,τι οι Πόντιοι παλιννοστούντες. Οι Έλληνες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα καλής υγείας, ζωτικότητας και ηρεμίας και χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης σε σύγκριση με τους μετανάστες και τους παλιννοστούντες.

Τα υψηλότερα επίπεδα κόπωσης και έλλειψης ζωτικότητας στους Πόντιους παλιννοστούντες παρά στους Αλβανούς μετανάστες, ενώ είχαν την ίδια επιβάρυνση από διάφορα νοσήματα, ενδέχεται να ήταν αποτέλεσμα της προσαρμογής τους στην Ελλάδα, καθώς τη θεωρούσαν πατρίδα τους. Σε προηγούμενες έρευνες διαπιστώθηκε ότι οι Πόντιοι παλιννοστούντες σε σύγκριση με τους Αλβανούς μετανάστες θα εξέφραζαν υψηλότερη δυσαρέσκεια προς τους Έλληνες στην πιθανή διάκριση σε βάρος της ομάδας τους.¹⁹ Οι συγκεκριμένες αντιδράσεις κόπωσης και έλλειψης ζωτικότητας μεταξύ Ποντίων παλιννοστούντων μπορεί να ήταν αποτέλεσμα των υψηλών προσδοκιών που διατηρούσαν από την ελληνική πολιτεία, καθώς εξέφραζαν έντονα το στοιχείο της ελληνικότητας. Οι προσδοκίες τους βρίσκονταν σε αντίθεση με το γεγονός ότι η εγκατάστασή τους στην Ελλάδα τα τελευταία 25–30 έτη συνοδεύτηκε με έντονη επαγγελματική περιθωριοποίηση, ετεροαπασχόληση, αποδοχή υποβαθμισμένων, ανεπιθύμητων, κακοπληρωμένων, ασταθών και χαμηλού γοήτρου οικονομικών δραστηριοτήτων. Επί πλέον, ένα μεγάλο ποσοστό των νέων εγκαταλείπει πολύ νωρίς το σχολείο, είτε για οικονομικούς λόγους, είτε γιατί το σχολείο αδυνατεί να στηρίξει την αποτελεσματική προσαρμογή τους στο ελληνικό εκπαιδευτικό σύστημα.²⁰

Οι Αλβανοί μετανάστες δήλωσαν καλύτερη υγεία και υψηλότερη ζωτικότητα σε σύγκριση με τους Πόντιους παλιννοστούντες, αλλά σε επίπεδα χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των Ελλήνων. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έχει προκύψει μια ευελιξία προσαρμογής των μεταναστών από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης στην Ελλάδα, επιλέγοντας είτε την εναρμόνιση με το συνδυασμό στοιχείων της χώρας προέλευσης και της χώρας υποδοχής είτε την αφομοίωση, για να προστατεύσουν την προσωπική και την ομαδική τους αυτοεκτίμηση.¹² Ένα δεύτερο σημαντικό στοιχείο, το οποίο φάνηκε από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ήταν η κοινωνική λειτουργικότητα, που σχετίζεται με την αναζήτηση στήριξης από την οικογένεια και το άμεσο περιβάλλον, στοιχείο το οποίο στην περίπτωση των Αλβανών μεταναστών εντοπίστηκε σε υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με τους Πόντιους. Προηγούμενες

έρευνες αναφέρουν στοιχεία για τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας των μεταναστών από την Αλβανία στην Ελλάδα, η οποία φαίνεται να στηρίζει τα μέλη δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις παραδοσιακές συλλογικές αξίες, ενώ η ποντιακή οικογένεια στηρίζει περισσότερο την αλλαγή, την εξέλιξη και την προσαρμογή στις νέες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, οι οποίες υποστηρίζουν την ατομική ανεξαρτησία του ατόμου.²¹

Σημαντικό είναι το εύρημα σχετικά με την ψυχική υγεία των μεταναστών και των παλιννοστούντων, το οποίο δεν διέφερε σημαντικά από εκείνο των Ελλήνων. Το αποτέλεσμα βρίσκεται σε αντίθεση με απόψεις οι οποίες σχετίζουν τη μετανάστευση με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας λόγω πολλαπλών απωλειών που περικλείει αυτή.²² Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε περισσότερη κόπωση και κούραση από την πλευρά των παλιννοστούντων και λιγότερη από την πλευρά των μεταναστών, ενώ όσον αφορά στη σωματική και στην ψυχική υγεία δεν αναπαράγονταν η σχέση μετανάστευσης και ευάλωτης σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι παλιννοστούντες και οι μετανάστες εμφανίζονται να έχουν παρόμοια επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας με εκείνα των συνομηλίκων γηγενών.

Σχετικά με την προσλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, οι διαφορές μεταξύ παλιννοστούντων, μεταναστών και Ελλήνων εντοπίζονται στις διαστάσεις σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας. Οι Πόντιοι παλιννοστούντες και οι Αλβανοί μετανάστες σημείωσαν χαμηλότερα επίπεδα σωματικής ευημερίας, δηλαδή υψηλότερα επίπεδα σωματικού πόνου, προβλήματα ύπνου κ.ά., αλλά και χαμηλότερα επίπεδα θετικών συναισθημάτων σε σύγκριση με τους Έλληνες. Οι Πόντιοι παλιννοστούντες εκδήλωσαν το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από τις διαπροσωπικές σχέσεις, ενώ οι Αλβανοί μετανάστες παρουσίασαν παρόμοια εικόνα με τους Έλληνες σχετικά με την κοινωνική ποιότητα ζωής, την ικανοποίηση από το περιβάλλον, την πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες πρόνοιας. Σε προηγούμενες έρευνες, το χαμηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας μεταναστών και παλιννοστούντων ερμηνεύεται με διαδικασίες διαμόρφωσης σχέσεων ανισότητας, αλλά και λόγω των προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν από την εν λόγω δυναμική σε διαπροσωπικό, ομαδικό και διομαδικό επίπεδο.²³ Προς αυτή την κατεύθυνση θεωρείται σημαντικό να μελετηθούν οι συνθήκες παραγωγής και αναπαραγωγής ανισοτήτων, αλλά και των απαραίτητων τροποποιήσεων, οι οποίες οδηγούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των μειονοτήτων, που παραμένει διαχρονικά ζητούμενο.²⁴

Σχέση ποιότητας ζωής, γενικής υγείας και καταγωγής. Η αποτίμηση της ποιότητας ζωής, όπως φαίνεται στην παρούσα έρευνα, δεν έχει σχέση μόνο με βιοϊατρικά κριτήρια, αλλά και με την ανάγκη αξιοποίησης πόρων που διαμορφώνουν τις προϋποθέσεις για μια καλή ζωή. Συγκεκριμένα, η σωματική και η κοινωνική ευημερία των τριών ομάδων σχετίζεται με τη σωματική και την ψυχική υγεία, αλλά και με τις κοινωνικές συνθήκες της μετανάστευσης που επηρεάζουν την πρόσληψη των κοινωνικών κατηγοριών και την κοινωνική ανισότητα ως ουσιαστική διαφορά μεταξύ τους.²⁵ Το να είναι κάποιος μετανάστης ή παλιννοστούντας συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα προσλαμβανόμενης σωματικής και κοινωνικής ευημερίας. Αντίθετα, η συναισθηματική και η διαπροσωπική ευημερία σχετίζονται μόνο με τη γενική υγεία, αλλά και την απουσία ψυχικών προβλημάτων. Ο παράγοντας της κοινωνικής στήριξης, τα είδη των σχέσεων και οι επαφές φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στη συναισθηματική ευημερία και στην παρουσία θετικών συναισθημάτων, όπως έχει δείχθει σε άλλες έρευνες.²⁶ Τα αποτελέσματα της έρευνας αναδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ευημερίας των γυναικών απ' ό,τι των ανδρών, ανεξαρτήτως καταγωγής, εύρημα το οποίο ενδέχεται να συνδέεται με το γεγονός ότι ο ρόλος της γυναίκας στη σημερινή εποχή μπορεί να συνδέεται με περισσότερες δυσκολίες και ταυτόχρονα λιγότερη δύναμη και μικρότερη υποστήριξη λόγω της ταυτότητας του φύλου που δέχεται περισσότερα στερεότυπα και διακρίσεις.²⁷

Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει διαστάσεις που σχετίζονται με την υγεία, σωματική και ψυχική, αλλά και με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η μετανάστευση. Στη διάσταση της μετανάστευσης έχει σημασία να λαμβάνεται υπ' όψη ο ιδιαίτερος τρόπος έκφρασης και εκδήλωσης των αντιλήψεων περί ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά της κάθε ομάδας, αλλά και την αλληλεπίδραση κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων της χώρας προέλευσης μεταναστών και παλιννοστούντων, καθώς και την προσαρμογή τους στην Ελλάδα. Επίσης, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μεταναστών και παλιννοστούντων στην παρούσα έρευνα αποτελεί σημαντικό στοιχείο για τη μείωση των στερεότυπων αντιλήψεων περί μετανάστευσης και ψυχικής ευαλωτότητας. Από την άλλη πλευρά, είναι σημαντικό να διεξαχθούν διαχρονικές και συστηματικές έρευνες, οι οποίες μπορούν να μελετήσουν τη δυναμική της ποιότητας ζωής και τον τρόπο που αυτή μεταβάλλεται στο χρόνο.

ABSTRACT

Comparison of the mental and physical health and quality of life of Greeks, Albanian immigrants and returnees from the former Soviet Union

C. PRAPAS,¹ V. MAVREAS²

¹Community Health Unit, Department of Public Health and Community Health, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2015, 32(6):766–776

OBJECTIVE Investigation of the perceptions of Greeks, immigrants from Albania and returnees from the former Soviet Union about their quality of life, and its relationship with their general physical and mental health. Research on physical and mental health and quality of life can contribute significantly to the promotion of the health of both the indigenous population and immigrants, approaching health holistically; the physical, mental and emotional status of the individual works as a whole, the elements interacting with each other in dynamic interaction with the natural and social environment. **METHOD** The participants included 303 Greeks (58.3%), 114 immigrants from Albania (21.9%) and 103 returnees from the former Soviet Union (19.8%). They had an age range of 16–64 years, mean 36.3 years, and 257 (49.4%) were male, and 263 (50.6%) female. Their perception of their general health was elicited with the SF-36 questionnaire which assesses the level of physical and mental health. The WHO Quality of Life Questionnaire was used to assess physical, psychological-emotional, interpersonal and social well-being. **RESULTS** The returnees from the Soviet Union recorded lower scores on the scales measuring physical role (i.e., greater fatigue and tiredness), and vitality and energy. Low scores for physical and social well-being were associated with tiredness and fatigue, but also with the migration dimension. **CONCLUSIONS** Satisfactory general physical and mental health contribute to emotional well-being, while interpersonal well-being is affected by the level of social support.

Key words: Immigration, Mental and physical health, Quality of life, Repatriation

Βιβλιογραφία

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion glossary. WHO (WHO/HPR/HEP/98.1), Geneva, 1998
2. FELCE D, PERRY J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil* 1995, 16:51–74
3. MOONEY A. Quality of life: Questionnaires and questions. *J Health Commun* 2006, 11:327–341
4. WARE JE, KOSINSKI M. *SF-36 physical and mental health summary scales: A manual for users of version 1*. 2nd ed. QualityMetric Incorporated, Lincoln, RI, 2001
5. LAZARUS RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993, 44:1–21
6. KIECOLT-GLASER JK, McGUIRE L, ROBLES TF, GLASER R. Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol* 2002, 70:537–547
7. VEENHOVEN R. Cross-national differences in happiness: Cultural measurement bias or effect of culture? *International Journal of Wellbeing* 2012, 2:333–353
8. EUROSTAT. Indicators of immigrant integration – a pilot study. European Commission, 2011. Available at: http://epp.eu-rostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/publication?p_product_code=KS-SF-11-030
9. ΜΠΑΓΚΑΒΟΣ Χ. Κατάσταση υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας: Προσδόκιμα επιβίωσης και προσδόκιμα υγείας. Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2012
10. ΜΠΕΖΕΒΕΓΚΗΣ Η, ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Β. Στρατηγικές επιπολιτισμού και προσαρμογή των μεταναστών. Στο: Καβουνίδη Τ, Καρύδης Β, Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η, Στυλιανούδη ΜΓΛ (Επιμ.) *Μετανάστευση στην Ελλάδα: Εμπειρίες – πολιτικές – προοπτικές*. Τόμος Β', ΙΜΕΠΟ, Αθήνα, 2008:142–161
11. ΓΙΟΤΑΚΟΣ Ο, ΚΑΡΑΒΕΛΑΣ Δ, ΚΑΦΚΑΣ Α. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22:109–119
12. ΝΤΑΛΛΑ Μ, ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ Β, ΠΡΑΠΑΣ Χ. Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλινοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2004, 87:103–113
13. ΣΠΑΝΕΑ Ε, ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ Α. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, διαδικασία επιπολιτισμού και ψυχική υγεία σε οικονομικούς μετανάστες από την Αλβανία και τη Βουλγαρία στην Ελλάδα. *Ψυχολογία* 2008, 15:32–53
14. HAGERTY MR, CUMMINS RA, FERRISS AL, LAND K, MICHALOS AC, PETERSON M ET AL. Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Soc Indic Res* 2001, 55:1–96
15. WARE JE Jr, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of WHOQOL focus group work. WHO (MNH/PSF/93.4), Geneva, 1993:1–7
17. SEGALL HM, DASEN RS, BERRY WJ, POORTINGA HY. *Διαπολιτιστική*

- Ψυχολογία: Η μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε παγκόσμιο οικολογικό πλαίσιο*. Γεώργας Δ (Επιμ. μετάφρασης). Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1990, 1993:81
18. BERRY JW, ATACA B. Cultural factors in stress. In: Fink G (ed) *Encyclopedia of stress*. Elsevier, Oxford, 2007:672–678
 19. ΝΤΑΛΛΑ Μ. Πρόσληψη της διάκρισης και διεργασίες επιπολιτισμοποίησης μεταναστών και παλιννοστούτων. Στο: Παπαστάμου Σ, Προδρομίτης Γ, Παυλόπουλος Β (Επιμ.) *Κοινωνική σκέψη, νόηση και συμπεριφορά: 29 Έλληνες κοινωνικοί ψυχολόγοι ανα-κρίνουν την επιστήμη τους*. Πεδίο, Αθήνα, 2010:381–409
 20. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Θ. Κοινωνική ενσωμάτωση των νεο-προσφύγων Ποντίων στη μητροπολιτική Ελλάδα: Προβλήματα και προτάσεις για την επίλυσή τους. Στο: Σακελλαρόπουλος Θ (Επιμ.) *Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής*. Τόμος Β'. Διόνικος, Αθήνα, 2006:504–530
 21. ΜΠΕΖΕΒΕΓΚΗΣ Η, ΝΤΑΛΛΑ Μ, ΓΚΑΡΗ Α. Έκφραση του θυμού ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικού προσωπικότητας και οικογενειακές αξίες σε δείγμα γηγενών, μεταναστών και παλιννοστούτων. *Ψυχολογία* 2010, 17:71–89
 22. BHUGRA D. Services for ethnic minorities: Conceptual issues. In: Bhugra D, Cochrane R (eds) *Psychiatry in multicultural Britain*. Gaskell, London, 2001:330–349
 23. ΔΙΚΑΙΟΥ Μ, ΦΙΓΓΟΥ Ε, ΜΠΑΚΑ Α. Κοινωνιοψυχολογική έρευνα και ιδεολογία: Το παράδειγμα των μειονοτικών ομάδων. Στο: Παπαστάμου Σ, Προδρομίτης Γ, Παυλόπουλος Β (Επιμ.) *Κοινωνική σκέψη, νόηση και συμπεριφορά: 29 Έλληνες κοινωνικοί ψυχολόγοι ανα-κρίνουν την επιστήμη τους*. Πεδίο, Αθήνα, 2010:409–432
 24. EUROPEAN COMMISSION. Mental health. Eurobarometer 345/wave 73.2. Brussels, 2010. Available at: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm
 25. ΚΑΚΚΟΥ ΜΠ, ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Ξ. Η κοινωνική ανισότητα ως ουσιαστική διαφορά των κοινωνικών κατηγοριών: Μια συμβολή στη μελέτη της ουσιοποίησης. Στο: Παπαστάμου Σ, Προδρομίτης Γ, Παυλόπουλος Β (Επιμ.) *Κοινωνική σκέψη, νόηση και συμπεριφορά: 29 Έλληνες κοινωνικοί ψυχολόγοι ανα-κρίνουν την επιστήμη τους*. Πεδίο, Αθήνα, 2010:551–580
 26. ΚΑΦΕΤΣΙΟΣ Κ. Gender, social support and well-being: Evidence from a Greek community sample. *Interpersona* 2007, 2:191–207
 27. ΜΑΛΙΚΙΩΣΗ-ΛΟΪΖΟΥ Μ, ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ-ΔΗΜΑΚΑΚΟΥ Δ, ΚΛΕΦΤΑΡΑΣ Γ. *Η συμβουλευτική Ψυχολογία στις γυναίκες*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2006
- Corresponding author:*
C. Prapas, 26 Voulgaroktonou street, GR-124 62 Haidari, Attiki, Greece
e-mail: xristosprapas@yahoo.gr